

Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri ile Sürekli Kaygı ve Baş Etme Becerileri Arasındaki İlişki

The Relationship Between Anxiety, Coping Strategies and Characteristics of Patients with Hypertension

Zekai Uysal¹, Harun Aslan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzman Doktor, ANKARA.

²Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Araştırma Görevlisi, ANKARA.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı hipertansiyon hastalarının sürekli kaygı düzeylerini, kullandıkları başa çıkma stratejilerini, sosyo-demografik özelliklerini, kaygı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri araştırmak ve tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada kaygı düzeyini ölçmek için 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2) ve başa çıkma stratejilerini ölçmek için (Carver ve ark. 1989) tarafından geliştirilen ve 28 maddeden oluşan Baş Etme (KF) ölçeğinden yararlanılmıştır. Bu çalışma, kesitsel tasarım ve kolayda örnekleme yöntemlerinin kullanıldığı bir tarama çalışmasıdır.

Bulgular: Çalışmanın örneklemini Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet alan hipertansiyon tanısı almış 147 kişi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcıların %57.1'i kadın katılımcıdır. Katılımcıların yaş ortalamaları 61.16±10.52 (ortalama±s.sapma) olarak elde edilmiştir. Katılımcıların %95.9' u (n= 141) sürekli kaygı eşiği olan 42 puanı aşmıştır. Katılımcıların en çok kullandıkları problem odaklı başa çıkma stratejileri; din ve kabullenme stratejileriyken en çok kullanılan duygu odaklı başa çıkma stratejileri ise; dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlama stratejileridir.

Sonuç: Sosyo-demografik ve sağlığa ilişkin özellikler, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasında önemli korelasyonlar bulunmuştur. Bulgular, hipertansiyonun psikososyal refah üzerindeki etkisini değerlendirirken bireysel baş etme stratejilerini dikkate almanın önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, başa çıkma, sürekli kaygı

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to explore and define the trait anxiety levels of hypertension patients, their coping strategies, socio-demographic characteristics, and the relationship between anxiety and coping strategies.

Materials and Methods: In the study, 20-item Trait Anxiety Scale (STAI TX-2) was used to measure the level of anxiety and a 28-item Brief Cope which scale developed by Carver et al. (1989) was used to measure coping strategies.

Results: The sample of the study consisted of 147 people diagnosed with hypertension who were treated in Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital. The mean age was 61.16 (SD = 10.52), with a range from 34 to 89 years. The majority of the participants were female (57.1%). In the research, 95.9% of the participants (n = 141) exceeded the 42 points with trait anxiety threshold. Acceptance and religion, were the most frequently used problem-focused coping strategies. On the other side, self-distraction and self-blame were the most frequently used emotion-focused coping strategies.

Conclusion: Significant correlations were found between socio-demographic and health characteristics, anxiety and coping strategies. The findings point to the importance of considering individual coping strategies when evaluating the impact of hypertension on psychosocial well-being.

Keywords: Hypertension, Coping, Trait anxiety.

Gönderme tarihi / Received: 09.11.2018 **Kabul tarihi / Accepted:** 14.12.2018

İletişim: Zekai Uysal, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, ANKARA.

Tel: 0 (505) 9437110 E-posta: zekaiuysal33@yahoo.com.tr

1. GİRİŞ

Günümüz toplumlarının hızlı değişen doğası birçok hastalığı da beraberinde getirmektedir. Hızlı kentleşme, gıda tüketim alışkanlıklarımızın değişimi, sağlıksız yaşam koşullarının küreselleşmesi bireylerin akut ya da kronik çeşitli hastalılarla mücadele etmesine neden olmaktadır.

Hipertansiyon ya da yaşlanmaya bağlı artan vasküler kan basıncı; çevresel faktörler, genetik faktörler ve kardiyovasküler sistem kontrol mekanizmaları arasındaki karmaşık etkileşimler sonucu ortaya çıkmaktadır (1). Dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklar sonucu gerçekleşen yaklaşık ölüm sayısı 17 milyon olarak belirlenmiştir (2). Bu ölümlerin yaklaşık 9 milyon 400 bini hipertansiyona bağlı ölümler olarak tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (3)'nün açıkladığı hipertansiyonla ilgili raporunda 2008 yılı içerisinde küresel düzeyde prevalans oranı 25 yaş ve üstü yetişkinler arasında yaklaşık %40 olarak belirlenmiştir. Yapılan ulusal ölçekli büyük çalışmalarda 18 yaş üzeri erişkinlerde her üç kişiden birinde, 50'li yaşlardan itibaren her iki kişiden birinde hipertansiyon olduğu gösterilmiştir (4). Dünya genelinde 1980 yılında hipertansiyon tanısı almış kişi sayısı 600 milyon iken 2008 yılında bu rakam 1 milyar kişiye yükselmiştir (3).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı verilere göre her dört ölümden birinin nedeni hipertansiyondur. Bu sebeple hipertansiyonu erken tanımak ve tedavi etmek çok önem arz etmektedir (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in 2010 yılında açıkladığı nüfus verilerine göre Türkiye'deki hipertansiyon prevalans değeri

%22 olarak tespit edilmiştir. Bu oran erkeklerde %21 iken kadınlarda %26'dır. Bu verilerin yanı sıra TÜİK'in 2016 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Araştırması kapsamında ise 15 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon görülme sıklığı %15.8 olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak, hipertansiyon 21. yüzyılın en yaygın kronik hastalıklarından biridir ve dünya halk sağlığı için giderek artan bir tehdittir (5).

Hipertansiyon, insanların yaşamında büyük değişikliklere ve yıkıcı etkilere yol açabilir. Bu açıdan hastalığın hem fiziksel hem de psikososyal yönleri mevcuttur. Hipertansiyon; koroner kalp hastalığına, kalp yetmezliğine, felce, böbrek yetmezliğine ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir (6). Dolayısıyla kronik bir hastalık olarak hipertansiyonun fiziksel sonuçlarının önüne geçilmesinde, fiziksel egzersiz, kilo kaybı, tuz tüketimini azaltma, sigara kullanımını sonlandırma ve alkol tüketimini düzenleme önem arz etmektedir (7). Hipertansiyon hastalarına, hastalık yönetim süreçlerinde uzmanlar tarafından sağlanacak psikososyal müdahaleler, hastanın hastalığı ile ilgili sorunların aşılmasına yardımcı olacaktır (8).

Hipertansiyon hastası olan bireyler stres, anksiyete, sosyal kısıtlanma ve depresif özellikler olmak üzere bir dizi psikososyal sorunlarla mücadele etmektedirler (9, 10). Dolayısıyla ortaya çıkan psikososyal sorunların sürekli bir stres kaynağı oluşturabileceği ve günlük yaşamın getireceği strese ek olarak hastalığın yaratacağı stresin kontrol altında tutularak, hastaların yaşamlarına pozitif olarak uyarlanması gerekliliği akla

gelmektedir. Psikososyal faktörler geniş bir bağlama yerleştirilmeli ve bireyin risk profilinin bir parçası olarak görülmelidir (11). Sonuç olarak, hipertansiyon hastası olan insanlar çok yönlü problemlerle başa çıkmak için sürekli olarak mücadeleye içerisindedir.

1.1. Başa Çıkma

Hipertansiyon hastası kişiler, hastalığın stresli boyutlarıyla başa çıkmada çeşitli başa çıkma becerileri kullanabilirler. Lazarus and Folkman (12), başa çıkmayı, çevresel ve içsel talepleri ya da aralarındaki anlaşmazlıkları kontrol etmek için yapılan bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır.

İnsanlar çeşitli yöntemler kullanarak hipertansiyonla baş ederler. Araştırmacılar genellikle bu yöntemleri iki baş etme biçiminden biri olarak yani problem odaklı veya duygu odaklı başa çıkma yöntemi olarak tanımlarlar (12, 13). Baş etme süreci, insanların rahatsız edici yaşam olaylarını ele almak için kullandıkları belirli bir dizi beceri olarak tanımlanabilir. Lazarus and Folkman (12), stresle başa çıkmanın üç yönünü açıklar: Problem odaklı başa çıkma stratejileri, olumlu duygu odaklı başa çıkma stratejileri ve olumsuz (etkili olmayan) yönelimli başa çıkma stratejileri. *Sorun odaklı başa çıkma stratejileri*, aktif olarak problemle yüzleşmek, rekabetçi faaliyetlerden kaçınmak gibi yapıcı ve etkili şeyler yapmayı içerir. *Olumlu duygu odaklı başa çıkma stratejileri*, stresli durumlara karşı duygusal tepkilerin düzenlenmesine dayanmaktadır; duygu odaklı sosyal destek, olumlu yeniden yorumlama, kabul ve mizah arayışlarını içerir. Öte

yandan, *olumsuz duygu odaklı başa çıkma stratejileri* konuyla etkin bir şekilde ilgilenmemektedir. İnkâr, soruna yönelik davranışsal katılım eksikliği, alkol ve madde kullanımını içerebilir.

Hastalar sosyal rollerini, hastalıkla ilgili talep ve zorluklara uyması için ayarlayabilirler ya da durumunu daha olumlu bir bakış açısıyla değerlendirecek şekilde deneyimlerini yeni bir çerçeveye oturtarak baş edebilirler. Hastalığın tanısının gerçekliğini kabul etmek ve tedaviye karşı olumlu bir tutum geliştirmek, başarılı başa çıkma ve iyileşme için kritik öneme sahiptir (14). Hangi başa çıkma biçimlerinin ya da başa çıkma tarzlarının en çok etkili olduğu konusunda açık bir fikir birliği yoktur. Ancak daha önce yapılan birçok araştırma, kronik hastaların hastalıklarından kaynaklanan yüksek düzeydeki streslerini azaltmak için, duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmaya özellikle eğilimli olduklarını göstermektedir. Ancak çoğu kişi durumlarını stresli olarak değerlendirdiklerinde kullandıkları başa çıkma stratejileri farklılaşabilmektedir (6, 15-17). Sonuç olarak, baş etme stratejileri kendilerini etkileyen psikososyal sorunlara uyum sağlamada önemli bir rol oynamaktadır.

Bu çalışmada, hipertansiyon hastalarının kaygı düzeylerini, kullandıkları başa çıkma stratejilerini, sosyo-demografik özelliklerini, kaygı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri araştırmak ve tanımlamak temel amaçlar olarak belirlenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, kesitsel tasarım ve kolayda örnekleme yöntemlerinin kullanıldığı bir tarama çalış-

masıdır. Kesitsel tasarım, farklı nüfus gruplarının incelenmesini ve belirli bir zamanda karşılaştırılmasını sağlar. Araştırma kapsamında betimsel (tanımlayıcı) ve ilişkisel model kullanılmıştır. Betimsel araştırma modeli; üzerinde çalışılan araştırmanın mevcut durumu olduğu gibi tanımlaması ve gerçeğin temsilinin bulunması özelliğine sahiptir (18). Betimsel araştırmada amaç; araştırmaya katılan kişilerin özelliklerini betimlemektir (19). Araştırmada betimsel olarak katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelenmiştir. İlişkisel olarak ise, sosyo-demografik verilerle birlikte hipertansiyon hastalarının kaygı düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma becerileri açısından bir ilişki durumunun olup olmadığı incelenmiştir.

2.1. Katılımcılar ve Süreçler

Bu araştırmanın verileri, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet alan hipertansiyon hastalarından elde edilmiştir. Veri toplama sürecinde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verileri Temmuz - Kasım 2018 tarihleri arasında araştırmaya kabul kriterlerini karşılayan gönüllülerden toplanmıştır. Katılımcılardan, çalışmadan önce bilgilendirilmiş onam formlarını doldurmaları istenmiştir. Hipertansiyon hastası olan yüz kırk yedi (147) kişi anketi tamamlamıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik ve sağlık özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2 'de sunulmuştur (n = 147). Hipertansiyon hastası olan katılımcıların ortalama yaşı 61.16 (SS= 10.52) olarak tespit edilmiş olup yaş aralığı ise 34-89 arası değişmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların cin-

siyetleri incelendiğinde kadın katılımcıların sayısının (%57.1) erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların %80.3'ü evli, yarısından fazlası (%54.4) ise ilköğretim mezunu, %87.1'i çekirdek bir ailede yaşıyor, %43.5'i ev hanımı ve çoğunluğu büyükşehirde (%68.7) apartman dairesinde (%89.8) ikamet ediyor.

Katılımcıların sağlık özelliklerine ilişkin bilgiler incelendiğinde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%68.7) bir meslekte aktif çalışan ya da emekli olarak sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Hipertansiyon hastası olan katılımcıların hastalık sürelerine ilişkin ortalama süre 10.01 yıl (SS= 7.43) olarak tespit edilmiş olup hastalık süresi aralığı ise 1-40 yıl arası değişmektedir.

Katılımcılardan elde edilen bilgiler ışığında birinci derece yakınlarında da kronik rahatsızlıklar olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğunda hipertansiyon hastalığı dışında tip-2 diyabet (%62) ve diğer kronik rahatsızlıkların olduğu da tespit edilmiştir. Katılımcıların sadece %2.7'si alkol kullanmaktadır. Son olarak katılımcıların %21.7'sinin sigara kullandığı ve şu anda sigara kullanmayan 37 katılımcının geçmişte 2 ile 40 yıl arası sigara kullandığı bilgisine ulaşılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada bir görüşme formu ve iki ölçek kullanılmıştır. Görüşme formunda sosyo-demografik sorular (18 madde) yer almıştır. Kaygı düzeyini ölçmeye yönelik Durumluk-Sürekli Kaygı (STAI TX-2) (20 madde) ve Başa Çıkma (KF) (28 madde) ölçekleri kullanılmıştır.

i) Sürekli Kaygı Ölçeği

Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2) Spielberger (20) tarafından geliştirilmiştir. Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler (21). Ölçek tek alt boyut içermekte olup toplamda 20 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar ölçekteki her bir maddeyi 1'den 4'e kadar (4 seçenek puana dönüştüğünde "Hiçbir zaman" 1, "Bazen" 2, "Çoğu zaman" 3, "Her zaman" 4) değişen cevaplar içerisinde tercih yapmaları beklenmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Öner and Le Compte (22) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade etmektedir.

ii) Baş Etme (KF)

Baş Etme (KF) (*The Coping Strategies–Brief COPE*) Carver (23) tarafından geliştirilmiştir. İlk olarak, geliştirilen baş etme becerileri ölçeği (*COPE Inventory Form*) 15 alt boyuttan oluşan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Her bir alt boyut dört soru içerir ve toplamda 60 sorudan oluşur (24). Daha sonra, başka bir çalışmanın sonucunda 28 soru içeren kısa form (*Brief COPE*) geliştirilmiştir. Bu ölçek 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; aktif başa çıkma, duygusal sosyal destek arama, amaca yönelik sosyal destek arama, olumlu yönde yeniden yorumlama, planlama, kabullenme ve din problem odaklı başa çıkma stratejileri olarak belirtilmiştir. Dikkatini başka yöne yöneltme, reddetme, madde kullanımı, davranışsal uzaklaşma, duyguları açığa vurma, mizah ve kendini suçlama duygularıyla

başta çıkma stratejileri olarak tanımlanmıştır. Her alt boyut iki soru içerir. Katılımcılar ölçekteki her bir maddeyi 1'den 4'e kadar (4 seçenek puana dönüştüğünde "Asla böyle bir şey yapmıyorum" 1, "Çok az böyle yapıyorum" 2, "Orta derecede böyle yapıyorum" 3, "Çoğunlukla böyle yapıyorum" 4) değişen cevaplar içerisinde tercih yapmaları beklenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuna (25) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Baş Etme (KF) Ölçeğinin hipertansiyon hastalarının başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek nitelikte uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma kapsamında Baş Etme (KF) ölçeğinden elde edilen Cronbach's Alpha değeri .77 olarak elde edilmiştir. Baş etme stratejilerinin değerlendirildiği 14 alt boyutunun iç tutarlılığına yönelik elde edilen Cronbach's Alpha değerleri ise; aktif başa çıkma .69, planlama .52, din .85, olumlu yönde yeniden yorumlama .71, kabullenme .65, duygusal sosyal destek .88, amaca yönelik sosyal destek .70, dikkatini başka yöne yöneltme .69, mizah .70, duyguları açığa vurma .71, davranışsal uzaklaşma .70, reddetme .84, madde kullanımı .80, kendini suçlama .67 olarak bulunmuştur.

2.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Yapılan

normallik testi sonucu skewness ve kurtosis değerleri -1.5 ile +1.5 değerleri arasında elde edilmiştir. Bu sebeple verilen değer aralığında normallik testi sonucu parametrik test yapılmasına olanak tanımaktadır (26, 27).

Çalışmada parametrik test tekniklerinden Pearson korelasyon test tekniği kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik test sonuçları ayrıca incelenmiştir. Pearson korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir. Tanımlayıcı istatistiklerde, kategorik ve sayısal değişkenleri tanımlamak için oran kullanılmış olup, ortalama ve standart sapma ise sürekli değişkenleri tanımlamak için kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Hipertansiyon hastalarının sürekli kaygı ortalaması ve standart sapma puanları 52.15 ± 6.44 olarak analiz edilmiştir. Elde edilen ortalama puan (52.15) sürekli kaygı eşiği olan 42 puandan nispeten daha yüksek olup, katılımcıların %95.9' u (n= 141) sürekli kaygı eşiği olan 42 puanı aşmıştır.

Katılımcıların en çok kullandıkları problem odaklı başa çıkma stratejileri; din (7.48 ± 1.15), kabullenme (7.32 ± 1.12), aktif başa çıkma (7.03 ± 1.35), olumlu yeniden yorumlama (6.79 ± 1.34), planlama (6.70 ± 1.48) olarak analiz edilmiştir. En çok kullanılan duygu odaklı başa çıkma stratejileri incelendiğinde ise; dikkatini başka yöne yöneltme (6.95 ± 1.47) ve kendini suçlama olduğu (4.10 ± 1.33) görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 1. Sosyodemografik Değişkenler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	84	57.1
Erkek	63	42.9
Yaş		
44 ve altı	9	6.1
45-54	28	19.0
55-64	52	35.4
65 ve üstü	58	39.5
Ortalama \pm Ss.	61.16	10.52
Ortanca yaş (Medyan)	62	
Tepe değeri	70	
En düşük – En yüksek yaşlar	34-89	
Medeni durumu		
Evli	118	80.3
Bekar	5	3.4
Dul	24	16.3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	1	8.2
Okuryazar	4	2.7
İlkokul mezunu	80	54.4
Ortaokul mezunu	14	9.5
Lise mezunu	21	14.3
Yüksek okul mezunu	12	8.2
Yüksek lisans/Doktora mezunu	4	2.7
Algılanan gelir durumu		
Düşük	71	48.3
Orta	71	48.3
Yüksek	5	3.4
Aile tipi		
Çekirdek aile	128	87.1
Geniş aile	19	12.9
İkamet edilen yer		
Köy/Kasaba	8	5.4
İlçe	16	10.9
Şehir	22	15.0
Metropol (Büyükşehir)	101	68.7
Meslek		
Memur	18	12.2
İşçi	11	7.5
Serbest meslek	11	7.5
Emekli	43	29.3
Ev hanımı	64	43.5
İkamet edilen konut türü		
Apartman dairesi	132	89.8
Müstakil ev	10	6.8
Gecekondu	5	3.4

Sosyo-demografik ve tıbbi özellikler, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4'te sunulmuştur. Tüm testler iki uçlu olarak %5 anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Değişkenleri

	n	%
Sosyal güvencesi		
SGK (Aktif çalışan veya emekli)	101	68.7
Primsiz sağlık sigortası (Yeşil Kart)	9	6.1
Yakını üzerinden sağlık sigortası	35	23.8
Yurtdışından sağlık sigortası	2	1.4
Hastalık süresi (Yıl)		
Ortalama \pm Ss.	10.01 \pm 7.43	
En düşük – En yüksek süre	1-40	
Ailede kronik hastalık durumu		
Anne	58	39.4
Baba	23	15.6
Kız kardeş	41	27.8
Erkek kardeş	25	17.2
Sigara kullanım durumu		
Evet	32	21.7
Hayır	115	78.3
Alkol kullanım durumu		
Evet	4	2.7
Hayır	143	97.3
Diğer kronik hastalıklara sahip olma durumu		
Evet	108	73.5
Hayır	39	26.5
Diğer kronik hastalık isimleri		
Lomber diskopati	7	6.5
Servikal diskopati	5	4.6
Diyabet	67	62.0
Böbrek yetmezliği	5	4.6
Obezite	1	0.9
Hiperkolesterolemi	3	2.8
Astım	5	4.6
Romatizma	6	4.8
Kronik Gastrit	5	4.6
Koroner Arter Hastalığı	5	4.6

Yaş ile eğitim durumu, hastalık süresi arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu arasında ortalama güçte bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca cinsiyet ile algılanan gelir arasında da önemli bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Hipertansiyon hastası katılımcıların sürekli kaygı ve baş etme stratejilerinin ortalama ve standart sapmaları

	Ortalama (SS)	Aralık
Sürekli Kaygı	52.15 (6.44)	31-67
Problem odaklı başa çıkma stratejileri		
Aktif başa çıkma	7.03 (1.35)	3-8
Planlama	6.70 (1.48)	2-8
Din	7.48 (1.15)	3-8
Olumlu yönde yeniden yorumlama	6.79 (1.34)	2-8
Kabullenme	7.32 (1.12)	3-8
Duygusal sosyal destek arama	5.90 (2.20)	2-8
Amaca yönelik sosyal destek arama	4.26 (1.91)	2-8
Pozitif duygu odaklı başa çıkma stratejileri		
Dikkatini başka yöne yöneltme	6.95 (1.47)	2-8
Mizah	3.02 (1.55)	2-8
Negatif duygu odaklı başa çıkma stratejileri		
Duyguları açığa vurma	4.05 (1.45)	2-8
Davranışsal uzaklaşma	3.01 (1.52)	2-8
Reddetme	2.61 (1.22)	2-7
Madde kullanımı	2.14 (0.76)	2-8
Kendini suçlama	4.10 (1.33)	2-8

Sürekli kaygı puanlarının ortalaması ile cinsiyet, eğitim durumu ve algılanan gelir arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Kadınların sürekli kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha fazla olduğu, daha düşük eğitime sahip olan bireylerin daha yüksek eğitime sahip olan bireylere göre daha yüksek sürekli kaygı düzeylerinin olduğu, algılanan geliri daha düşük olan bireylerin daha yüksek gelire sahip olan bireylere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Problem odaklı başa çıkma stratejileri arasında güçlü anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Anlamlı ilişkiler çıkan problem odaklı başa çıkma stratejileri alt boyutları; aktif başa çıkma, plan-

Tablo 4. Sosyodemografik ve tıbbi özellikler, anksiyete ve başa çıkma stratejileri arasındaki korelasyonlar (n = 147)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Sosyodemografik özellikler																					
Yaş (1)	1																				
Cinsiyet (2)		1																			
Eğitim durumu (3)			1																		
Algılanan gelir (4)				1																	
Aile tipi (5)					1																
Sağlık özellikleri																					
Hipertansiyon süresi (6)						1															
Sürekli Kaygı (7)							1														
Aktif başa çıkma (8)								1													
Planlama (9)									1												
Din (10)										1											
Olumlu yönde yeniden yorumlama (11)											1										
Kabullenme (12)												1									
Duygusal sosyal destek arama (13)													1								
Amaca yönelik sosyal destek arama (14)														1							
Dikkatini başka yöne yöneltme (15)															1						
Mizah (16)																1					
Duyguları açığa vurma (17)																	1				
Davranışsal uzaklaşma (18)																		1			
Reddetme (19)																			1		
Madde kullanımı (20)																				1	
Kendini suçlama (21)																					1

lama, din, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme ve duygusal sosyal destektir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri arasında güçlü anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin bütün alt boyutlarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca problem odaklı başa çıkma stratejilerinden aktif başa çıkma, din, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme ve amaca yönelik sosyal destek aramanın hem diğer problem odaklı başa çıkma stratejileri ile hem de duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Öte yandan duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden dikkatini başka yöne yöneltme, mizah, davranışsal uzaklaşma ve reddetmenin; hem diğer duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile hem de problem odaklı başa çıkma stratejileri ile ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Hem problem odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile sosyo-demografik değişkenler arasında birçok önemli ilişki bulunmuştur. En çok değişkenle ilişki görülen alt stratejiler aktif başa çıkma ve mizahtır. Problem odaklı başa çıkma stratejilerinden aktif başa çıkmanın, yaş ile pozitif yönde bir ilişkisi mevcutken, eğitim durumu ve algılanan gelir ile negatif yönde önemli bir ilişkisi bulunmaktadır.

Duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden mizahın, cinsiyet, eğitim durumu, algılanan gelir ve aile tipi ile pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkiler ışığında erkek katılımcıların, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, algılanan geliri daha yüksek olanların ve çekirdek aileye sahip katılımcıların mizah başa çıkma stratejisini daha çok kullandığı bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında, hipertansiyon hastalarının oluşturduğu bir örneklem grubu aracılığıyla sürekli kaygı düzeyleri (Sürekli Kaygı Ölçeği ile ölçülmüştür), problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin boyutları (Baş Etme (KF) ölçeği ile ölçülmüştür) araştırılmıştır. Katılımcıların %95.9'u hipertansiyon hastalığıyla ilişkili olarak sürekli kaygı yaşamaktadırlar. Elde edilen sonuçlar, hastaların tedavi süreçlerinde diyet, oral ilaç, egzersiz gibi yalnızca biyolojik sağlığın gelişimini kapsayan bir sürecin yeterli olmadığını göstermektedir. Hastalara psikolojik, sosyal, ruhsal/varoluşsal ve pratik kaygılarına karşı duyarlı ve bütüncül bir perspektiften yardım sunulması önemlidir (28). Hipertansiyon hastalarının tedavi süreçleri planlanırken, psiko-sosyal bakım hizmetlerinin sağlanmasının da, bulgular kapsamında ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yıldırım'ın (29) belirttiği gibi, hastanın tedaviden faydalanması için tıbbi tedavi ve psikososyal desteğin birlikte sunulması gerektiği önem arz etmektedir.

İnsanların karşılaştıkları stresle başa çıkma durumları ve başa çıkma alışkanlıkları, kişinin başa çıkma eğilimi veya tarzıdır (24). Dolayısıyla bireysel farklılıklar kişilerin kullandıkları başa çıkma stratejilerini de farklılaştırmaktadır. Bu çalışma kapsamında hem birçok problem odaklı başa çıkma stratejilerinin hem de birçok duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin aktif bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Bu araştırmadaki en yüksek puan ortalamasına sahip başa çıkma stratejisinin din alt boyutu olduğu görülmektedir. Ruhsal ve dini inançların tıpta yararlı

olabileceğini destekleyen pek çok kanıt vardır. Hastanede tıbbi müdahale gören yaşlı bireylerin yüzde 40'ından fazlası dini inançlarının hastalıkla başa çıkmalarını sağlayan en önemli faktör olduğunu bildirmişlerdir (30, 31). Gerçekten de dini inançlar ve faaliyetler çeşitli hasta grupları arasında sık sık dile getirilen umut, rahatlık, kabul ve güç kaynağı olarak gözlemlenmiştir ve belirlenmiştir (32, 36). Din/ maneviyat, akut miyokard enfarktüsü sonrası iyileşmeyi olumlu yönde etkilemiştir (37). Haftada bir kez kiliseye giden insanlar, dini hizmetlere hiç katılmayanlarla karşılaştırıldığında, mortalite riskinde %32'lik bir azalma olduğu gösterilmiştir (38, 39). Araştırma kapsamında sorun odaklı başa çıkma stratejileri ile anlamlı ilişki bulunan diğer başa çıkma stratejisi aktif başa çıkma ve planlama boyutlarıdır. Bu sonuçlar kısmen diğer çalışmalarla uyumludur (40). Fritzsche, Forster (41)'nin yapmış olduğu çalışmada, problemleri çözmek için aktif çaba gösterme, plan yapma ve bunları gerçekleştirme gibi eylemleri içeren, sorun odaklı başa çıkma stratejilerinin kardiyovasküler problemleri olan hastalarda etkin rol oynadığı görülmektedir. Bu çalışmada en çok kullanılan sorun odaklı başa çıkma stratejileri; kabullenme, din, olumlu yeniden yorumlama ve aktif başa çıkmadır. Problem odaklı başa çıkma stratejilerinin yanı sıra dikkatini başka yöne yöneltme, duyguları açığa vurma, mizah ve kendini suçlama katılımcıların kullandıkları duygu odaklı başa çıkma stratejileridir.

Araştırma kapsamında sosyo-demografik özellikler ile ilişkili olan en önemli başa çıkma stratejisinin mizah olduğu ortaya konulmuştur. Bu

bulgu birçok çalışmada vurgulanan, mizah ve kahkahanın gerginlik ve kaygıyı gidermek için terapötik olduğu şeklindeki görüşü desteklemektedir (42, 46). Stres psikolojik sıkıntı ile bağlantılıyken (20, 47), mizahın bireyde stresin olumsuz etkilerini önleyici bir rol üstlendiği görülmektedir (48, 49).

Korelasyon analizi sonuçları göstermektedir ki, duyguları açığa vurma ve kendini suçlama gibi duygu odaklı başa çıkma stratejileri sürekli kaygı ile pozitif bir ilişki ortaya koymaktadır. Bu bulgular daha önce yapılmış olan çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Diğer araştırmalarda da vurgulandığı gibi kendini suçlama gibi negatif duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile yaşam kalitesi ve sürekli kaygı arasında önemli bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (50, 51).

Bulguların diğer çalışmalarla benzer çıkmasının en temel nedeni olarak, örnekleme oluşturan grubun yaş ortalamasının büyük olması gösterilebilir. Daha verimli bir başa çıkma, bireylerin stresle daha etkin mücadele edebilmelerini sağlar. Bu nedenle, anksiyete ile ileri yaşta daha etkili başa çıkma arasındaki ilişkiyi anlamak özellikle önemlidir. Sunulan bulgular, dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlama gibi başa çıkma stratejilerini kullanma eğiliminin, ileri yaştaki anksiyete semptomatolojisini yordadığını ve psikolojik sıkıntıları anlamada prediktif faydalarını gösterdiğine işaret etmektedir.

Bu durum, dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlamanın, stres yaratan kişi ve strese karşı uyarılama gücünün daha zayıf olması gerçeğinden kaynaklanabilir (52). Türk toplumuna yönelik hipertansiyon hastalarının başa çıkma

stratejilerine yönelik sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmanın alan yazınına önemli bir katkı sunacağı ön görülmektedir. Ancak çalışmanın en önemli kısıtları örneklem sayısının yeterince büyük olmamasıdır. Bu durum da istatistiksel analizlerin daha kısıtlı olmasına neden olmuş ve kullanılan istatistiksel yöntemlerin sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmıştır.

5. SONUÇ

Bu çalışmanın olasılıksız ve örneklem büyüklüğünün küçük olması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Bu çalışmada, gerçek dünyayı zaman içinde bir noktada araştıran kesitsel bir tasarım kullanmıştır. Böyle bir tasarım, kaygı ya da başa çıkma stratejilerindeki uzun süreli değişimleri incelememektedir. Bu nedenle, hipertansiyon hastaları arasında psikososyal faktörleri incelemek için uzun süreli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın sonuçları hipertansiyon hastalarının kaygı düzeylerini, kullandıkları başa çıkma stratejilerini, sosyo-demografik özelliklerini, kaygı ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri açıklamada önemli bilgiler sunmaktadır. Sonuç olarak, bulgularımız, hastalığın psikososyal etkilerini değerlendirirken bireysel başa çıkma stratejilerini dikkate almanın önemine işaret etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Beilin LJ. The fifth Sir George Pickering memorial lecture Epitaph to essential hypertension—a preventable disorder of known aetiology? *Journal of hypertension*. 1988;6(2):85-94.
2. Dünya Sağlık Örgütü. Causes of Death Geneva,; 2008a.
3. Dünya Sağlık Örgütü. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva,; 2011.
4. Türk Kardiyoloji Derneği. 17 Mayıs Dünya Hipertansiyon Günü Basın Açıklaması. 2018.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2016.
6. Rueda B, Perez-Garcia A. Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. *Psychology & health*. 2013;28(10):1152-70.
7. Terpening C, Gums JG, Grauer K. Management of essential hypertension. Expert opinion on pharmacotherapy. 1999;1(1):71-80.
8. Yıldırım B. Bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması: Hemodiyaliz Hastaları Üzerine Etkileşim Grubu Planlama. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2017a;1(2):64-73.
9. Johnson EH, Gentry WD. Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension: A research agenda: Hemisphere Publishing Corp; 1992.
10. Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, D'agostino RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham study: is there tension in hypertension? *Jama*. 1993;270(20):2439-43.
11. Steptoe A. Psychosocial factors in the development of hypertension. *Annals of medicine*. 2000;32(5):371-5.
12. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping 1984.
13. Baker JP, Berenbaum H. Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*. 2007;21(1):95-118.
14. DeCoster VA, Cummings S. Coping with type 2 diabetes: do race and gender matter? *Social Work in Health Care*. 2005;40(2):37-53.
15. Bennett KK, Boothby JL. Coping and Heart Disease: Implications for prevention and treatment. *Coping with chronic illness and disability*: Springer; 2007. p. 267-87.
16. Endler NS, Parker JD, Summerfeldt LJ. Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 1993;25(3):384.
17. Lindquist TL, Beilin LJ, Knuiaman MW. Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*. 1997;29(1):1-7.
18. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Detay Yayıncılık; 2005.
19. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. Genişletilmiş 18 ed. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2013.
20. Spielberger CD. Understanding stress and anxiety: Harper & Row; 1979.
21. Öner N. Türkiyede Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul YÖK, 2006a Yükseköğretim Kanunu (Kanun No: 2547 Kabul tarihi: 411 1981). 1997.
22. Öner N, Le Compte A. Handbook of state-trait anxiety. Istanbul, Turkey, Bogazici University Publication. 1983.
23. Carver CS. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*. 1997;4(1):92.

24. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56(2):267.
25. Tuna ME. Cross-cultural differences in coping strategies as predictors of university adjustment of Turkish and US students: METU; 2003.
26. George D. SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e: Pearson Education India; 2011.
27. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2013.
28. Yıldırım B. Hastane Sosyal Hizmetinin Ailevi ve Bakım Veren Ebevenylerde Pediatrik Astım Yönetimi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2018;29(2):364-85.
29. Yıldırım B. Onkolojik Sosyal Hizmet Uygulaması. In: Attepe Özen S, Özcan E, editors. *Tıbbi Sosyal Hizmet: Ankara*, Nobel Yayınevi 2017b. p. 215-24.
30. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(9):513-21.
31. Koenig HG, Weiner DK, Peterson BL, Meador KG, Keefe FJ. Religious coping in the nursing home: A biopsychosocial model. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997;27(4):365-76.
32. Abraído-Lanza AF, Revenson TA. Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1996;9(6):501-8.
33. Alferi SM, Culver JL, Carver CS, Arena PL, Antoni MH. Religiosity, religious coping, and distress: A prospective study of Catholic and Evangelical Hispanic women in treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Health Psychology*. 1999;4(3):343-56.
34. Baldree KS, Murphy SP, Powers MJ. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*. 1982;31(2):107-12.
35. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(2):411.
36. Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of clinical psychology*. 2001;57(4):457-78.
37. Walton J. Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction: A grounded theory study. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(1):34-53.
38. Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2000;55(7):M400-M5.
39. Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. Religion, race, and breast cancer survival. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2003;33(4):357-75.
40. Van Elderen T, Maes S, Dusseldorp E. Coping with coronary heart disease: a longitudinal study. *J Psychosom Res*. 1999;47(2):175-83.
41. Fritzsche K, Forster F, Schweickhardt A, Kanwischer H, Drinkmann A, Rabung S, et al. Depressive coping is a predictor for emotional distress and poor quality of life in a German–Austrian sample of cardioverter-defibrillator implant recipients at 3 months and 1 year after implantation. *General hospital psychiatry*. 2007;29(6):526-36.
42. Kuiper A, Martin R. Is Sense Of Humor A Positive Personality Characteristic? The sense of humor: Exploration of a Personality Characteristic Edited by Willibald Ruch. Berlin; 1998.

43. Lefcourt HM, Davidson K, Shepherd R, Phillips M, Prkachin K, Mills D. Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1995;14(4):373-91.
44. Moran CC. Short-term mood change, perceived funniness, and the effect of humor stimuli. *Behavioral Medicine*. 1996;22(1):32-8.
45. Moran CC, Massam MM. Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral Medicine*. 1999;25(1):36-42.
46. Yovetich NA, Dale JA, Hudak MA. Benefits of humor in reduction of threat-induced anxiety. *Psychological Reports*. 1990;66(1):51-8.
47. Gillis JS. Stress, anxiety, and cognitive buffering. *Behavioral medicine*. 1992;18(2):79-83.
48. Abel MH. Interaction of humor and gender in moderating relationships between stress and outcomes. *The Journal of Psychology*. 1998;132(3):267-76.
49. Labott SM, Ahleman S, Wolever ME, Martin RB. The physiological and psychological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behavioral Medicine*. 1990;16(4):182-9.
50. Brink E, Karlson B, Hallberg L-M. Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*. 2002;7(1):5-16.
51. Terry DJ. Stress, coping and coping resources as correlates of adaptation in myocardial infarction patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 1992;31(2):215-25.
52. Wadsworth ME, Gudmundsen GR, Raviv T, Ahlkvist JA, McIntosh DN, Kline GH, et al. Coping with terrorism: Age and gender differences in effortful and involuntary responses to September 11th. *Applied Developmental Science*. 2004;8(3):143-57.